180
Lane Medical Libra

Ueber Entzündung der Ohrspeicheldrüse nach Ovariotomie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Sonnabend, den 24. Oktober 1885

Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Hermann Schroeder

aus Brandenburg.

Opponenten:

J. Radt. Drd. med.

T. Ressmann. Drd. med.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1885.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0426

Dem Andenken

seines verstorbenen Vaters,

seiner theuren Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

In neuester Zeit ist durch Moericke[1])* die Aufmerksamkeit auf eine Entzündung der Ohrspeicheldrüse als Complication nach Ovariotomien gelenkt worden, infolge von fünf in der Berliner Universitätsklinik beobachteten Fällen. Diese Complication ist in der Literatur mit Ausnahme eines von Küstner[2]) nur beiläufig ohne genauere Angabe erwähnten Falles gar nicht weiter verzeichnet. Selbst bei Spencer Wells, Peaslee Atlee und Olshausen finden sich, wie schon Moericke hervorhebt, keine bei Bemerkungen über diese seltene Complikation. Auch die Chirurgen erwähnen eine Entzündung der Ohrspeicheldrüse nach traumatischen Hodenaffektionen nicht. Nur Billroth[3]) sah einmal unter sieben Fällen von Orchitis nach Quetschung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der in keiner Weise verletzten rechten Parotis auftreten.

Bei diesen spärlichen Beobachtungen kann es nicht überraschen, wenn auch die Aetiologie dieser Affektion keineswegs aufgeklärt ist. Es schien mir daher nicht uninteressant, gerade diese Frage und zwar an der Hand

---

* Die Zahlen weisen auf die am Schlusse der Arbeit angefügten Literaturstellen hin.

eines Falles zu erörtern, der von Herrn Professor von Preuschen in seiner Privatklinik beobachtet wurde und mir von demselben gütigst zur Veröffentlichung überlassen wurde.

Frau D. aus Stralsund, 35 Jahre alt, war früher stets gesund und normal menstruirt. Sie verheirathete sich vor sechs Jahren und überstand vier Geburten. Im ersten Wochenbette erkrankte sie fieberhaft; die folgenden verliefen normal, doch blieb nach dem 3. und mehr noch nach dem 4. eine auffallende Vergrösserung des Unterleibes zurück. Im Januar d. J. trat erneute Schwangerschaft ein, die Anfangs ohne besondere Beschwerden verlief. Ende April trat jedoch plötzlich in der Nacht heftiger Schüttelfrost, Fieber, Schmerzhaftigkeit des Abdomens und Erbrechen auf. Unter diesen Erscheinungen bildete sich eine hochgradige Peritonitis aus, die nach der Aussage des behandelnden Arztes die Patientin an den Rand des Grabes brachte. Nach 3 Wochen konnte Patientin das Bett verlassen. Während dieser Zeit hatte sich das Abdomen ganz unverhältnissmässig stark ausgedehnt. Jede Bewegung verursachte heftige Schmerzen. Am meisten machte der Patientin aber eine hartnäckige Stuhlverstopfung zu schaffen, die seit dieser Erkrankung bestand. Dieselbe trotzte allen Mitteln und legte der Patientin in der Diät die grössten Beschränkungen auf. Anfang Juni stellte sich Frau D. vor. Sie bot das Bild einer hochgradigen Ovarialcachexie. Bei unförmig ausgedehntem Abdomen zeigt der Körper höchste Abmagerung. Das Gesicht ist blutleer, von schmutzig gelber Farbe; die Augen

liegen tief in den Höhlen. Die Athmung ist erschwert. Gehen und Treppensteigen vermag Patientin nur unter grösster Anstrengung. Der Appetit ist zwar rege, kann aber wegen der hartnäckigen Stuhlverstopfung niemals ganz befriedigt werden. Die Urinentleerung ist behindert, Der Harn ist eiweissfrei. Die Untersuchung ergiebt ein anscheinend einkammeriges, linksseitiges Ovarialcystom, das bis zur Herzgrube reicht. Rechts ist der Uterus zu fühlen; der Fundus reicht bis unter die Rippenbögen. Bei der Straffheit der stark ausgedehnten Bauchdecken ist selbst in der Narkose der Uterus schwer von der Medianlinie abzugrenzen. Ebenso ist es schwierig, die Stielverhältnisse des Tumors zu ermitteln. Uteringeräusch und fötale Herztöne nachweisbar. Deutliches Ballottement der Frucht ist vorhanden. Die vorgeschlagene Ovariotomie wird acceptirt und die Ausführung in kürzester Frist vorgenommen. Nachts vorher traten peritonitische Erscheinungen auf, Erbrechen, erhöhte Pulsfrequenz, Anschwellung und heftiger Schmerz des Abdomens; trotzdem wurde am festgesetzten Termine (am 15. Juni) die Ovariotomie ausgeführt.

Der Befund war folgender:

Der Tumor ist mit der vorderen Bauchwand, dem Netz- und dem Dünndarm ausgedehnt verwachsen. Letzterer liegt in der Ausdehnung eines Fusses platt auf dem Tumor auf; seine Durchgängigkeit ist infolgedessen sehr erschwert. Die Trennung des Tumors von den benannten Organen gelingt auf stumpfem Wege. Auch die Blutstillung veranlasst keine besonderen Schwierigkeiten.

Der Stiel zeigt eine dreifache Achsendrehung. Der Tumor ist mit Blut prall gefüllt, welches, da der Erguss schon längere Zeit bestand, entsprechend verändert ist. Infolge der Torsion des Stiels sind deutliche Zeichen von beginnender Gangrän am Tumor bemerkbar.

Nach der Operation hält das Erbrechen, das theilweise, faeculenten Geruch hat, wenn auch in geringerem Maasse, wie zuvor, noch an. Die Temperatur beträgt am Abend des ersten Tages 38,2, der Puls 120 Schläge in der Minute.

Stat. praes. vom 16. Juni: Das Erbrechen lässt völlig nach, die Temperatur beträgt 37,2, der Puls 100 Schläge in der Minute.

Am Nachmittage stellt sich leichte Empfindlichkeit des Abdomens ein, die in Pressen und Drängen übergeht und sich als Wehenthätigkeit charakterisirt. Die Blase stellt sich unter fortgesetzter Wehenthätigkeit ein, das Wasser geht ab und um 4 Uhr Naehmittags wird eine sechsmonatliche Frucht ausgestossen; die Nachgeburt folgt spontan. Der entleerte Uterus contrahirt sich gut, Blutung ist nicht vorhanden. Am Abend nach der Geburt ist Puls und Temperatur normal, (36,7 und 100). Das Erbrechen stellt sich nicht wieder ein, die Schmerzhaftigkeit des Abdomens hört nach der Geburt auf. Das Befinden ist sehr gut. Abends um 11 Uhr ist mässige Temperaturerhöhung (37,8) vorhanden.

Stat. praes. vom 17. Juni. Allgemeinbefinden gut. In der Gegend der rechten Parotis ist eine Anschwellung wahrnehmbar, die Temperatur beträgt 38,0, der Puls 120

in der Minute. Die Anschwellung nimmt im Laufe des Tages rapide zu; es entwickelt sich ein ausgebreitetes Oedem der rechten Gesichtshälfte, welches die Augenlider zu unförmlichen, fast apfelgrossen Säcken umwandelt, Auch auf die Glandula submaxillaris und sublingualis erstreckt sich die Anschwellung. Dazu gesellen sich Schlingbeschwerden und im Laufe der Nacht so bedeutende Athemnoth, dass die Vorbereitungen zur Tracheotomie getroffen werden mussten. Die Inspection des Halses ergiebt ondematöse Schwellung der Uvula und der Gaumenbögen. Belag ist nicht vorhanden. Die Temperatur beträgt Abends 7 Uhr 38,8, die Pulsfrequenz 120 in der Minute.

Da trotz Applicirung einer Eisblase und ununterbrochenem Verschlucken von Eisstückchen die Beschwerden nicht nachlassen, die Geschwulst im Gegentheil immer noch zunimmt, so wird am Vormittage des 18. Juni (24 Stunden nachdem die ersten Spuren sich zeigten), in der Narkose eine ausgedehnte Spaltung der Parotisgegend vorgenommen. Die Incision durchdringt das Parenchym der Drüse und spaltet in breiter Ausdehnung die Fascia parotideo-masseterica. Eiter ist nicht vorhanden. Der Erfolg ist ein überraschender. Die Schwellung beginnt schnell abzunehmen. Die Schmerzhafte Spannung ist ganz geschwunden. Die Schling- und Athembeschwerden bessern sich zusehens. Die Temperatur beträgt 38,7, der Puls 120 in der Min. Abends ist die Temperatur 37,5, die Pulsfrequenz 108 in der Min. Am längsten erhält sich die Schwellung in der sublingual-

und submaxillar-Gegend. Nach einigen Tagen bilden sich auch diese Drüsen zurück.

Stat. praes. vom 19. Juni. Die Temperatur schwankt im Laufe des Tages zwischen 36,9 und 37,2; Allgemeinbefinden bedeutend besser. Es gehen reichliche Flatus ab, und auf Rizinusöl erfolgen colossale Stuhlentleerungen.

In den folgenden Tagen hält sich die Temperatur zwischen 36,9 und 37,5; über 37,8 ging sie nie hinaus. Nach vierzehn Tagen verlässt die Patientin das Bett und erfreut sich dauernd des besten Wohlseins. Wenige Tage darauf wird sie geheilt entlassen. Bei ihrer späteren Vorstellung ist sie kaum wiederzuerkennen, ein Bild blühender Gesundheit.

Bevor ich nun zu meiner Hauptaufgabe, der Erörterung der Aetiologie dieser Complication übergehe, dürfte es am Platze sein, die Frage zu erwägen, ob die Ovariotomie trotz der bestehenden Schwangerschaft und eingetretenen Peritonitis berechtigt war.

Auf Grund seiner gemachten Erfahrungen behandelt Schroeder die Frage[4]) ausführlicher. Schon die Prognose für die Mutter, deren Leben in erster Linie in Betracht kommt, gestaltet sich am günstigsten, wenn die Ovariotomie in der Schwangerschaft ausgeführt wird, denn die Complication von Schwangerschaft und Ovarientumor gefährden in ihrem Verlaufe das mütterliche Leben nach den verschiedensten Richtungen hin. Zunächst kann die Raumbeschränkung durch Vergrösserung des Uterus plus Tumor bedingt, zu den lästigsten und unter Umständen gefährlichsten Beschwerden führen, zumal die vermehrte Blutzu-

fuhr zu den Sexualorganen während der Schwangerschaft ein Wachsthum des Tumors zu begünstigen scheint. Dies hebt besonders Rosenthal[23]) hervor, der in einem Falle thatsächlich beobachtete, dass der Tumor zwei Phasen schnellen Wachsthums zeigte, die genau mit den Zeichen der Gravidität zusammenfielen, während in der Zwischenzeit ein Stillstand des Wachsthumes eintrat.

Eine der grössten Gefahren für die Mutter bringt aber die Achsendrehung des Stiels, die besonders häufig als Complication mit der Schwangerschaft beobachtet ist; denn dass die unter solchen Umständen häufig auftretende Peritonitis von der übelsten Prognose für die Mutter sein kann, liegt auf der Hand.

Auch in unserm Falle mussten die zweimal auftretenden peritonitischen Erscheinungen auf Achsendrehung des Stieles zurückgeführt werden. Obgleich auch das erste Mal sehr stürmische und bedrohliche Erscheinungen auftraten, so lehrte doch der weitere Verlauf, dass eine, wenn auch mangelhafte, weitere Ernährung des Tumors stattfand. Dass dies auch das zweite Mal stattfinden würde, konnte kaum erwartet werden. Es lag daher die dringende Indication vor, die Operation sofort auszuführen. Die beginnende Gangrän des Tumors bewies, dass diese Argumentation durchaus berechtigt war, da offenbar nur die sofortige Entfernung des Tumors der Patientin das Leben gerettet hatte.

Doch diese dringende Indication trat erst ein, als die Ovariotomie bereits beschlossen war. Wäre dieselbe nun auch, abgesehen von der Peritonitis, während der

Schwangerschaft indicirt gewesen? Ich muss diese Frage aus folgenden Gründen bejahen.

Wenn auch Fälle bekannt sind, in denen trotz grosser Ovarialtumoren Schwangerschaft und Geburt normal verliefen, so können doch mit Ovarialtumoren complicirte Geburten wesentliche Gefahren mit sich bringen. Denn die im kleinen Becken liegenden grösseren oder kleineren Tumoren können entweder erhebliche geburtshülfliche Hindernisse verursachen oder die Mütter gehen im Wochenbette zu Grunde. Abgesehen von der geringeren oder grösseren Gefahr oder ihrer völligen Ungefährlichkeit für Schwangerschaft und Geburt ist die Operation, die nach unseren jetzigen Vorstellungen bei den in Frage kommenden Frauen indicirt ist, während der Schwangerschaft keine schlechtere als zu anderer Zeit. Denn Olshausen verlor von 14 Frauen, die während der Schwangerschaft operirt wurden nur zwei (eine von ihnen ausserdem nach der durch irrthümliche Diagnose veranlassten Punktion des schwangeren Uterus bei der Ovariotomie). Schröder von 7 Frauen keine. (Diese Statistik entstammt dem Jahre 1880 eine spätere war mir leider nicht zugänglich). Lawson Tait[21]) erwähnt in seiner Statistik von hundert ohne Antisepsis ausgeführten Ovariotomien, dass von 6 Schwangeren keine starb, obwohl vier von ihnen zur Zeit der Operation an Peritonitis erkrankt waren. Ferner berichtet Larrivé[22]) über eine Ovariotomie in der Schwangerschaft die glücklich verlief. Desgleichen Rosenthal[23]). Auch Galabin[28]) führte die Operation mit glücklichem Erfolge während der Schwan-

gerschaft aus. Zwei glückliche Fälle veröffentlicht Pippingskjold[29]); desgl. Golenvaux[33]); ferner Bennet[32]) und G. Whyte[30]) je einen. Nach einer Statistik von Wilson[31]) starben von 29 Schwangeren, bei denen die Ovariotomie gemacht wurde nur vier. Er kommt zu dem Resultate, dass in allen Fällen, wo Schwangerschaft gleichzeitig mit einem Ovarialtumor besteht, welcher eine solche Grösse hat, dass er die Entbindung unmöglich macht oder doch wesentlich erschwert, möglichst frühzeitig zur Operation geschritten werden solle, während er wiederholte Punktion verwirft. Auch unser Fall gehört zu den glücklichen.

Wenn sich also nach diesen Statistiken die Prognose in beiden Fällen nahezu gleich gestaltet, so handelt man jedenfalls im Interesse der Mütter, wenn man sie in der Schwangerschaft operirt, als dass man sie durch die Gefahren der Schwangerschaft und Geburt erst hindurch lässt, um die denselben glücklich Entronnenen später zu ovariotomiren.

In Betreff der Wahl der Zeit, möchten nach Schröder, falls dieselbe freisteht, die ersten Monate der Schwangerschaft die geeignetsten zur Operation sein, weil in den späteren Monaten die lig. lata, so entfaltet und mit ectatischen Venen durchsetzt sind, dass die Stielversorgung schwieriger und gefährlicher ist.

Auch für die Frucht bietet die Ovariotomie während der Schwangerschaft keine ungünstigeren Chancen. Denn nach der Statistik von Olshausen, nach der von 14 Müttern nur 4 abortirten und nach Schröder der über-

haupt nur 4 normal verlaufende Schwangerschaften der Statistik nach erwarten konnte, ist die Prognose für das Kind nach der Ovariotomie durchaus günstig. Noch günstiger gestaltet sich das Verhältniss in dieser Beziehung bei Lawson Tait[21]), der unter seinen 6 Fällen nur einen Abortus aufzuweisen hat, während in den übrigen Fällen gesunde Kinder geboren wurden. Auch in Larrivé's[22]) Fall bestand die Schwangerschaft fort. Dieser knüpft hieran noch Betrachtungen über den Einfluss von Traumen auf den Abort. Tritt letzterer einige Zeit nach der Operation ein, so ist der Grund stets in der gesteigerten Temperatur der Mütter zu suchen. In seinem Falle überschritt die Eigenwärme nicht 38,2 und den anderen Fällen, die zu Abort führten überstchritt das Fieber jedesmal 40°, dies findet nach Larrivé[22]) seine Erklärung in den Beobachtungen von Kaminski und den Experimenten von Runge, nach welchen eine extremhohe Temperatur der Mutter sich als tödtlicher Faktor für die Frucht erweist. Golenvaux[33]) sah in seinen beiden Fällen Fortbestehen der Schwangerschaft bis zum normalen Ende; beide Patientinnen wurden dann von lebenden Kindern entbunden. Nach H. P. C. Wilson's[31]) Statistik ergiebt sich, dass bei der Ovariotomie von 29 Schwangeren 20 Kinder gerettet wurden.

Die Operation bietet demnach von Seiten des Kindes keine Contraindication. Denn abgesehen davon, dass es die Prognose der an der Mutter ausgeführten Operation mitzutragen hat, welche jedoch nach dem Angeführten meist günstig erscheint, tritt der Abortus, der in Folge

der Operation droht, bei schweren Fällen dieser Complication auch ohne Ovariotomie ein, während er in einfachen Fällen ausbleibt. Wenn also die Ovariotomie die Prognose für das Kind nicht verschlechtert, für die Mutter aber verbessert, so darf man auch nicht durch Rücksichten auf das Kind verleitet, welche die Mütter und damit auch das Kind in die grösste Gefahr bringen können, die Schwangerschaft als Contraindication zur Ovariotomie ansehen. Auch Rosenthal[23]) sieht in seinem günstig verlaufenen Fall von Laparotomie während der Schwangerschaft den Beweis, dass die Gravidität keine ungünstigen Chancen bietet, geschweige denn eine Contraindication sei. Zwar trat in seinem Falle Abortus ein, er lässt es jedoch dahin gestellt sein, ob die Punktion, die hätte vorgenommen werden müssen, denselben aufgehalten hätte. Denn durch die mit der Entleerung der Flüssigkeit verbundenen Druckschwankungen in den Gefässen der Sexualorgane wäre jedenfalls eine ungünstige Vorbedingung geschaffen. Die direkte Ursache zur Entstehung des Abortus sieht er in der Kürze des Stiels und der dadurch bedingten, trotz aller Vorsicht nicht zu vermeidenden Zerrung am schwangeren Uterus.

In unserem Falle ist der Abort wohl den stürmischen Erscheinungen, welche in Folge der Achsendrehung des Stieles aufgetreten waren zuzuschreiben. Die Ovariotomie ohne die complicirende Peritonitis würde den normalen Verlauf der Schwangerschaft wohl nicht gestört haben.

Nach diesen Excursionen gehe ich nunmehr zu meiner

Hauptaufgabe der Erörterung der Aetiologie dieser Complication von Parotitis nach Ovariotomie über.

Zu diesem Zwecke ist es nöthig die Beziehungen der Parotis zu den weiblichen Sexualorganen etwas näher zu betrachten.

Es ist eine schon seit altersher bekannte Thatsache, dass bei epidemischer Parotitis (Mumpsepidemie) häufig eine secundäre Entzündung der Scheidenhäute des Hodens hervorgerufen wird und ebenso ist umgekehrt mit einer primären Erkrankung des letzteren Organes eine secundäre Parotitis beobachtet worden. Nicht nur einzelne Fälle, sondern auch ganze Epidemien (Bérard) werden berichtet, bei welchen sich der Krankheitsprocess zuerst im Hoden localisirte, dort eine Orchitis erzeugte und erst secundär die Parotitis (7 Fälle Boyer und Lynck) nachfolgte. Ferner ist es ganz sicher gestellt, dass zur Zeit der Mumpsepidemien auch Orchitis auftritt bei Individuen, welche keine Spur von Schwellung der Speicheldrüsen oder ihrer Umgebung dargeboten haben. (Kocher hat 9 Fälle beobachtet. Boyer erwähnt ebenfalls 4). Bluff[5]) beschreibt eine acute doppelseitige Orchitis bei einem Manne, dessen Frau an Parotitis erkrankt war.

Auch beim weiblichen Geschlechte hat man bei Mumpsepidemien eine secundäre Erkrankung des Genitalapparates auftreten sehen. Vice versa sind ebenfalls einzelne Fälle bekannt. Die Beobachtungen sind jedoch lange nicht so häufig als beim männlichen Geschlechte, und hat dies nach Moericke einen doppelten Grund, indem einerseits das weibliche Geschlecht weniger zum

Mumps prädisponirt erscheint und einen bedeutend geringeren Procentsatz für die Erkrankung liefert, und andererseits die complicirenden Orchitiden viel leichter zu diagnosticiren sind als Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane, da die Frauen stets eine berechtigte Scheu zurückhält, sich dem Arzte ohne zwingende Gründe zu entdecken. Dass die weiblichen Genitalorgane in der That secundär bei Mumpsepidemien erkranken, erwähnen mehrere Autoren. So sagt Schönlein[6]) im Capitel über Mumps:

„Bei Frauen wirft sich die Geschwulst auf die Brustdrüsen oder die Ovarien. Im letzteren Falle zeigt sich eine Auftreibung über dem Querast des Schambeines, stechender Schmerz an dieser Stelle, Ziehen nach den runden Mutterbändern. So rasch wie sich die Geschwulst gebildet hat, so rasch geht sie wieder zu Grunde und befällt dann wieder den Hals, und so wiederholt sich 3—4 mal die Scene."

Ebenso erwähnt Leichtenstern[7]) diese Affection des weiblichen Genitalapparates mit den Worten: „Auch beim weiblichen Geschlechte ist die epidemische Parotitis hin und wieder von secundären Erkrankungen des Genitalapparates gefolgt. Am häufigsten bestehen dieselben in Anschwellung der grossen Schamlippen, in einem Vulvovaginalkatarrh oder, was die Beobachtungen von Meynet und Bouteilier sehr wahrscheinlich machen, in einer entzündlichen Schwellung der Ovarien. Nicht minder häufig, als die genannten Affectionen wird Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Brüste beobachtet."

Canstatt[8]) schreibt in seiner Pathologie: „Sehr häufig ist aber die örtliche Affection flüchtiger Natur, indem die Parotisgeschwulst einsinkt, und von neuem sich Fieber erhebt, werden Hodensack und Hoden, beim weiblichen Geschlechte die Brüste, Eierstöcke, Schamlefzen etc. metastatisch befallen.“ An einer anderen Stelle schreibt derselbe Autor: „Wie bei männlichen Subjecten die Hoden, können beim weiblichen die Brüste oder die Schamlefzen (letztere oft unter den Erscheinungen von Jucken in der Scheide, Strangurie) ergriffen werden, oder die Metastase wählt die Eierstöcke zu ihrem Sitze; tief in der Inguinalgegend entsteht Schmerz, der durch Berührung vermehrt wird. Ziehen nach den runden Mutterbändern, Anschwellung oft unzeitige Menstrualblutung.“ Ueber die Aetiologie und das Wesen des Mumpses herrscht bis heute noch keine Uebereinstimmung. Noch vor wenigen Decennien suchte man den Grund der epidemischen Parotitis nur in Witterungseinflüssen, in klimatischen Differenzen der Jahreszeiten, in Windrichtung und Ähnlichem. Die Einen (Canstatt[9]), Bamberger[10]) glaubten an eine mehr direct krankmachende Kraft der variirenden atmosphärischen und tellurischen Zustände, nannten die Parotitis epidemica einen „Kosmischen Krankheitsprocess“ oder nahmen das geheimnissvolle Walten eines herrschenden Krankheitsgenius zu Hülfe als ätiologisches Bindemittel zwischen atmosphärischen und tellurischen Potenzen einerseits und der Krankheit andererseits. Andere (von Bruns[11]) wiesen diesen äusseren Einflüssen nur in sofern Bedeutung zu, als sie in ihnen die Bedingung zur Ent-

stehuag eines eigentlichen, dem Wesen nach unbekannten, specifischen Miasmas erblickten. Bouchut erklärte 1873 den Mumps für eine einfache Speichelretention, bedingt durch Katarrh des Ductus Stenonianus. Koenig vertritt in seinem Lehrbuche über Chirurgie die Ansicht, dass bei Ziegenpeter ein Infectionsstoff durch den Ausführungsgang in die Drüse gelange, dort eine locale Parotitis erzeuge und ev. secundär die bekannten Metastasen nach den Geschlechtsdrüsen mache. Kocher[12]) stimmt in sofern mit Koenig überein, als nach seiner Ansicht der Krankheitsprocess erregt durch einen Infectionsstoff meist auf der Schleimhaut der Mundhöhle (Stomatitis) beginnt, sich auf die Speicheldrüsen fortpflanzt, sowie auf den Larynx und Pharynx und dann weiter auf den tractus intestinalis übergreift, weil ja stets gastrische Störungen constant vorhanden seien. Da er somit den Krankheitsprocess als eine infectiöse Schleimhauterkrankung ansieht, die klinisch viel Aehnlichkeit mit einer leichten Erysipelas hat, erklärt er sich auch das Zustandekommen der Orchitis auf diesem Wege, indem nach seiner Meinung das specifische Gift auch die Schleimhant der Harnwege ergreift und so Urethritis und Cystitis und per contiguitetem Orchitis entstehen (also ähnlich wie die acute gonorrhoische Orchitis). Ein Beweis für diese Anschauung scheint in einem Falle zu liegen, den Schmit[24]) beobachtet hat: „Ein Soldat bekam, während er an Mumps erkrankt war, einen ziemlich reichlichen schleimigen Ausfluss aus der Harnröhre mit Brennen beim Uriniren, ohne seiner Angabe nach sich einer Ansteckung ausgesetzt zu

haben; mit Nachlass der Parotitis hörte auch der Ausfluss auf.“ (Mir erscheint dieser Fall jedoch bezüglich der Aetiologie der Urethritis mehr als fraglich:)

Wenn Kocher auch den Namen Orchitis metastatica beibehält, so will er sich damit durchaus nicht auf den Standpunkt stellen, als ob das Wesen der Metastase, wie man früher annahm, darin bestehe, dass die Entzündung ein Organ verlässt, um gleich einem unsauberen Geiste in ein anderes zu fahren, sondern er will nicht mehr und nicht weniger damit ausdrücken, als dass die Schädlichkeit, welche den Hoden zur Entzündung bringt, zuerst an irgend einer anderen Stelle des Körpers zur Wirkung kommt resp. eindringt. Von einer Sympathie zu sprechen ist nach seiner Ansicht ebenso ein Vorspiel, wie dasjenige der Metastase. Durch eigene Erfahrung über das Wesen des Mumps will er zu der Ueberzeugung gelangt sein, dass die Identificirung des Leidens mit der Parotitis eine viel zu einseitige ist. Schon lange sei darauf aufmerksam gemacht, dass die Schwellung der Wange, welche allerdings meist der Parotis angehört, nicht selten nur eine Lymphdrüsenschwellung ist, uud habe daher von einer „Parotitis spuria“ gesprochen. Er selbst hat einen Patienten behandelt, welcher erst eine linksseitige, nach fünf Tagen eine rechtsseitige Parotitis überstand und am achten Tage eine druckempfindliche Schwellung der Glandula submaxillaris bekam. Die Erklärung dieses verschiedenartigen Verhaltens sucht er darin, dass die Schwellung sowohl der Lymph- als Speicheldrüsen sich auf eine Stomatitis beziehen lassen und durch Fortleitung entstehen.

Im Beginn der Erkrankung erscheint die ganze Mundschleimhaut geschwellt, zeigt eine feine Injection, stellenweise mit leichtem weisslichen Anflug, die Zunge ist bläulich-roth, leicht belegt, an den Rändern behält sie die Zahneindrücke. Die Mündung der Ductus Stenonianus und auch Wartonianus ist zur Zeit des Auftretens der Parotitis besonders injicirt und geschwellt. Wenn man die bestehende Stomatitis häufig übersieht und erst durch die Schwellung der Parotis auf die Ursache des fieberhaften Allgemeinleidens aufmerksam wird, — denn Fiebersymptome gehen der Schwellung der Parotis oft tagelang voraus —, so hat dies seinen Grund darin, dass der specifische Infectionsstoff, gleich einer leichten Erysipelas, die grosse Neigung hat, ausserordentlich rasch in die Fläche und gewisse Kanäle sich auszubreiten. Daraus ist auch die geringe Intensität der Urethritis und ihr rasches Verschwinden erklärlich, desshalb sind die Erscheinungen wenig prägnant, deshalb fehlt bei ihrer Fortleitung eine Anschwellung des vas deferens fast stets, während sie bei gonorrhoischer Entzündung fast nie fehlt. Auch der Grund, weshalb meist erst im Hoden selber die Entzündung übergreift, auf die Wand der Kanäle und das interstitielle Bindegewebe und nur bei Kindern die Mumpsepididymitis etwas öfter beobachtet wird, findet im Vorhergesagten seine Erklärung. Die wenig intensiv wirkenden Infectionstoffe verlangen ein Minimum von Widerstand für ihre Fortleitung, und dieses findet sich in der zarten Wand der Hodenkanälchen, nicht aber im Nebenhoden oder gar vas deferens.

Wenn ich vielleicht etwas zu eingehend diese Anschauung Kochers behandelt habe, als es der enge Rahmen der vorliegenden Arbeit gestattet, so mag die Entschuldigung darin liegen, dass ich gerade aus dieser Anschauung Kochers für die Aetiologie meines Falles von Parotitis nach Ovariotomie zurückkommen muss.

Die Ansichten Fehrs[13]) und Leichtenstern[14]) über das Wesen des Mumpses stehen Kochers und Königs Anschauungen gegenüber.

Ersterer präcisirt seine Stellung, die er der Aetiologie des Mumps gegenüber einnimmt, auf Grund umfassender historisch-casuistischer Literaturstudien und auf Grund genauer, „am eigenen corpus“ gemachter Beobachtung eines zweifellosen, das Glied einer kleinen Endemie bildenden Mumpsfalles am Schlusse seiner Arbeit mit folgenden Worten: „Der Mumps ist seinem Wesen nach eine specifische Alteration des Blutes, die zu Zeiten, in denen Catarrh und Rheuma — nasskalte Witterung — die herrschenden Erkrankungen sind, zuweilen entsteht, sich durch fluxionäre Hyperaemie der Speichel- oder Geschlechtsdrüsen und durch Erzeugung eines Stoffes characterisirt, der im Stande ist, die Erkrankung auf andere dazu qualificirte Individuen zu übertragen . . . . . .“ „Er gehört seinem ganzen Wesen nach nicht der Chirurgie, sondern der inneren Heilkunde an und muss, wie es Lebert gethan hat, unter den Infectionskrankheiten im Anschluss an die akuten Exantheme abgehandelt werden“. Diesen kurz praecisirten Schluss zieht er aus folgenden Beobachtungen. Der Mumps beginnt mit 8—14 tägiger Incubation

und mehrtägigem Prodromalfieber; letzteres bisweilen von einem den Rötheln ähnlichem Exanthem begleitet, er ist eine ächte den Masern, Scharlach etc. ähnliche contagiöse Infectionskrankheit. Die regellos springenden, öfters recidivirenden, entzündlichen Localisationen in den Speichel- und Geschlechtsdrüsen sind von meist nur kurzer Dauer und geringer Intensität. Die Krankheit erreicht, falls es, wie gewöhnlich, zur Resorption der Drüsenentzündung kommt, nach einer Woche unter kritischem Schweiss oder vermehrter Diurese ihr Ende, führt nicht selten zur Hautdesquamation, sogar zu Anasarka und hinterlässt Immunität für das Leben. Fälle von Infection der Frucht durch die vor der Geburt erkrankte Mutter sind constatirt. (Homan's, Gerhardt). Die Localaffection anlangend, so bindet sie sich keineswegs an die Parotis. Es giebt Fälle, ja ganze Endemien von reinem Submaxillar-Drüsen-Mumps. Auch in der Glandula sublingualis oder allein im Hoden kann die Krankheit sich abspielen. Auf alle Fälle ist die Meinung, als sei die Mumpsorchitis eine von der Parotitis abhängende Metastase, wobei ev. beide gleichzeitig auftreten können, zurückzuweisen. Die Propagation der Entzündung geht die Mumpsorchitis und Mumpsparotitis genau den umgekehrten Weg als bei der gonorrhoischen Orchitis und stomatitischen Parotitis. Stets schwillt zunächst die Hode und erst später, wenn überhaupt der Nebenhoden und das vas deferens an und vice versa der Ductus Stenonianus. Mit Bestimmtheit konnten sich Fehr sowohl als andere Beobachter davon überzeugen, dass zuerst nur die Drüse

selbst und erst später (jedoch nicht in allen Fällen) die Umgebung und Bedeckung derselben anschwillt, dass es sich also ursprünglich nicht um Periparotitis resp. Periorchitis handelt, sondern um eine ebenso rasch verschwindende wie kommende Parotitis oder Orchitis—a simplici humorum defluxu ortae, wie Lieutand meinte. Die Histologie der Affection konnte bisher nicht festgestellt werden. Selten tritt Eiterung ein.

Leichenstern ist ganz derselben Ansicht, er äussert sich über die epidemische Parotitis mit folgenden Worten: „Die epidemische Parotitis ist eine specifische Infectionskrankheit in dem Sinne, dass sie durch die Infection des Organismus mit einem specifischen Gifte hervorgerufen wird, einem Gifte, das einmal und zwar seit den ältesten Zeiten vorhanden, unter dem Zusammenwirken geeigneter Bedingungen sich reproduzirt, vermehrt und so auf viele Individuen am gleichen Orte gleichzeitig oder innerhalb einer gewissen zeitlichen Continuität einwirkt. Zwar kennen wir den der epidemischen Parotitis zu Grunde liegenden Infectionsstoff ebensowenig, als bei den der übrigen Infectionskrankheiten, aber keine Hypothese ist besser im Stande, alle Erscheinungen in der Art des Auftretens und der Verbreitung der Krankheit, sowie manche andere Punkte — wie Specifität, continuirliche Fortpflanzung der Krankheitsursache, Incubationszeit, Gesetze der Durchseuchung, typischen Verlauf, gleichzeitiges oder successives Erkranken mehrerer Organe, wie der Speicheldrüsen, der Hoden, der Lymphdrüsen, der Milz zu erklären als die Annahme eines specifischen, sich reprodu-

cirenden, vermehrenden und inficirenden Agens". Bei der Aufwerfung der Frage, ob es sich bei der Parotitis epidemica um eine locale Infectionskrankheit, vielleicht nur um einen virulenten Catarrh der Schleimhautauskleidung der Speicheldrüsenkanäle bis in die Drüsenkörper hinein (ähnlich dem Keuchhusten, der mit Recht als virulenter Tracheobronchialcatarrh aufgefasst wird) handele, oder um eine allgemeine constitutionelle Infectionskrankheit, wobei die Parotitis nur eine Localisation, die wichtigste und am meisten in die Augen springende Aeusserung des in die Blut- und Säftemassen aufgenommenen Giftes ist — entscheidet Leichtenstern sich unter allen Umständen für die letztere Frage, gerade entgegen der oben angeführten Ansicht Kocher's und König's und entgegen der Auffassung Virchow's, der den pathologisch-analogen Vorgang bei Parotitis epidemica gegenüber den sonst allgemein herrschenden Ansichten, als einfachen acuten Parotis-Catarrh definirt. Die Gründe, welche Leichtenstern für seine Auffassung zu sprechen scheinen, sind folgende: Die 8—14tägige Incubationsdauer die prodromalen Fieber und Allgemeinerscheinungen, welche oft zu einer Zeit auftreten, wo weder subjective noch objective Anzeichen für eine Erkrankung der Parotis vorliegen, das Ergriffenwerden verschiedener Organe, wie der Parotis und der übrigen Speicheldrüsen, der Lymphdrüsen an verschiedenen Orten, der Milz (Milzschwellung) der Hoden (Orchitis) und Ovarien; ferner die Immunität gegen ein zweitmaliges Erkranken an Parotitis epidemica, der typische, von dem Grade der Localaffection unabhängige

Fieberverlauf mit Nachlass der Temperatursteigerung bei noch nicht vollendeter Rückbildung der localen und anatomischen Veränderungen. Auch auf die individuelle Disposition richtet Leichtenstern sein Augenmerk und hebt besonders den bemerkbaren Einfluss des Lebensalters hervor. Die Parotitis epidemica ist eine Krankheit, welche Individuen vor dem zweiten Lebensjahre sowie Greise fast ausnahmslos verschont, Individuen jenseits des 40. Lebensjahres nur sehr selten befällt. Vorherrschend erkranken jugendliche Individuen vom dritten Lebensjahre bis zur Pubertät. Aber auch in den Jünglingsjahren ist die Disposition zu erkranken noch eine grosse, wie die zahlreichen aus Frankreich stammenden Berichte von Kasernen-Epidemien beweisen. Dass die jüngeren Lebensalter mehr prädisponiren als die älteren, beweist der Umstand, dass wenn der Infectionsstoff in ein Haus gelangt, regelmässig zuerst die jüngeren, dann die älteren Kinder und zuletzt erst, wenn überhaupt, die Erwachsenen erkranken. Das männliche Geschlecht ist, wie vielfach versichert wird, durchgehens durch eine grössere Disposition vor dem weiblichen ausgezeichnet. Nach den übereinstimmenden Angaben der meisten Beobachter hat einmaliges Befallenwerden von Parotitis epidemica Immunität gegen dasselbe zur Folge.

Auch Gerhard[15]) steht in seiner Abhandlung „zur Naturgeschichte der acuten Infectionskrankheiten“ vollständig, was die Parotitis epidemica in Bezug auf eine allgemeine constitutionelle Infectionskrankheit anbelangt, auf dem Standpunkte Fehr's und Leichtenstern's, indem

er die Parotitis epidemica im Anschlusse an die übrigen acuten Infectionskrankheiten behandelt und sich die Frage der Localkrankheit mit folgenden Worten gegenüberstellt:

„Die Parotitis epidemica wird noch immer von manchen Aerzten als eine einfache Localkrankheit angesprochen. Ich sehe starke Beweise gegen diese Auffassungsweise in folgenden Thatsachen: Die Krankheit kann hohes oder geringes Fieber mit sich bringen, sie ist aber niemals fieberlos; sie verläuft constant mit beträchtlicher Schwellung der Milz und vieler Lymphdrüsen, namentlich der cervicalen, jugularen und axillaren. Die sogenannten Metastasen der Parotitis auf Hoden, Labien, Brüste, Ovarien etc. sind in ähnlicher Weise aufzufassen als secundäre Localisation dieser Infektion, wie für Masern die Bronchitis, für Scarlatina die Nieren- und Gelenkerkrankungen.

Ueberblicken wir die in Kürze mitgetheilten Ansichten über den Zusammenhang von Parotitis mit Entzündung der Geschlechtsdrüsen bei Mumps, so ergeben sich hauptsächlich 2 Anschauungen, die sich gegenüberstehen, nämlich die von Koenig und Kocher gegenüber der von Fehr, Leichtenstern und Gerhard.

Obwohl die Theorie Kocher's für die Aetiologie der Mumpsepidemien etwas für sich hat und auch einen ähnlichen Aufschluss wie für die Entstehung der Orchitis, über den Grund der Miterkrankung der weiblichen Sexualorgane geben kann, so glaube ich doch der Ansicht Fehr's, Leichtenstern's und Gerhard's zustimmen zu müssen. Denn abgesehen von den Gründen die im Vorstehenden mitgetheilt sind, halte ich die constatirten Fälle von In-

fection der Früchte durch die vor der Geburt an Mumps erkrankten Mütter für entscheidend. Es kann in diesen Fällen doch die Theorie Kocher's keine Anwendung finden; sie würde demnach für die Erklärung der Aetiologie des Mumps überhaupt unhaltbar sein.

Mögen nun diese Erkrankungen gleichzeitig oder zuerst in der Parotis und dann in den weiblichen Genitalorganen auftreten oder umgekehrt, ich bin der Ansicht, dass der Zusammenhang von entzündlichen Erkrankungen der Parotis einerseits und des weiblichen Genitalapparats andererseits bei Mumpsepidemien — in secundären Localisationen eines den ganzen Körper durchseuchenden, specifischen Infectionsstoffes, welcher mit Vorliebe in der Parotis und den Geschlechtsdrüsen hängen bleibt, um dort jene pathologischen Veränderungen hervorzurufen, gleichwie in anderen Organen (den übrigen Speicheldrüsen, den Lymphdrüsen, der Milz, den Hoden etc.) zu suchen ist.

Können nun diese Darlegungen auch zur Erklärung unseres Falles herangezogen werden? Ich glaube diese Frage aus folgenden Gründen verneinen und eine Mumpserkrankung entschieden ausschliessen zu müssen.

Unsere Patientin hatte zwar eine Parotitis infectiosa noch nicht durchgemacht, was sie, wie sicher erwiesen, immun gegen ein zweimaliges Befallenwerden gemacht hätte. Man könnte deshalb vielleicht sagen, unsere Patientin wäre schon zuvor, ehe sie sich vorstellte, inficirt und habe sich im Incubationsstadium, das zwischen 7 bis 14 Tage liegen soll, befunden. Dagegen spricht aber der Umstand, dass weder in Stralsund noch in Greifswald

eine Mumpsepidemie herrschte. Auch die Annahme, dass ein in dem Krankenhause von früher her haftender Infectionsstoff die Veranlassung gewesen wäre, ist hinfällig, da abgesehen von der genauesten und peinlichsten Desinfection der Zimmer noch niemals ein Fall von Parotitis in Herrn Professor von Preuschen's Privatklinik vorgekommen ist; dann hätte die Patientin auch ein mehrtägiges Prodromalfieber, eine Erscheinung, die stets bei Parotitis epidemica beobachtet wurde, durchmachen müssen. Dagegen spricht aber entschieden das plötzliche Auftreten der Parotitis und der rapide Verlauf des Krankheitsprocesses. Ferner steht das Alter der Patientin einer solchen Annahme gegenüber, da meist nur jugendliche Individuen von dieser Krankheit befallen werden.

Die angeführten Gründe werden es zur Genüge klarlegen, dass eine Mumpserkrankung unter allen Umständen in unserem Falle auszuschliessen ist.

Sollten wir nun vielleicht an eine metastatische Parotitis denken können? Dieselbe begleitet eine grosse Zahl schwerer acuter Krankheiten und wird deshalb auch wohl symptomatische genannt. Am häufigsten gesellt sie sich zum Typhus, und zwar zu allen Arten desselben, zum abdominellen und exanthematischen Typhus, zum Recurrens und zur Pest, ferner zu den acuten Exanthemen, Scharlach, Masern, Pocken zu Pyämie, Puerperalfieber, Dysenterie, Choleratyphoid und in den Tropen auch zum gelben Fieber.

Da keine dieser Krankheiten, die Ovariotomie complicirten, so muss diese metastatische Form ebenfalls bei

unserer Patientin ausgeschlossen werden. Ein Blick auf unsere Krankengeschichte lässt einen solchen Gedanken absolut nicht aufkommen. Unsere Patientin war kurze Zeit vor Eintreten der Complication vollkommen fieberfrei und erinnerte an alles andere eher als an Pyämie, erst mit der Schwellung der Parotis, stieg die Temperatur, um mit Abnahme derselben zu sinken. Ferner bieten die metastatischen Parotitiden eine höchst infauste Prognose, die meisten enden lethal.

Endlich könnte man an eine zufällige entzündliche Schwellung (sporadische Parotitis) denken. Abgesehen von dem Verlaufe sprechen dagegen auch die fünf Fälle von Moerike.

Die Zeit des Auftretens der Parotitis in diesen Fällen unterscheidet sich von unserem Falle dadurch, dass sich dieselbe erst am 6. oder 7. Tage, einmal am 4. Tage einstellte. Nach einer längeren oder kürzeren völlig fieberfreien Zeit tritt fast plötzlich wie bei unserer Patientin eine mit mässigem Fieber verbundene entzündliche Schwellung der Speicheldrüsen auf. Viermal wurde die Parotis allein befallen, einmal wie in unserem Falle sämmtliche Speicheldrüsen. Bei den in 3 Fällen vorgenommenen Incisionen traf Möricke auf Vereiterung der Drüsen, die bei unserer Patientin nicht vorhanden war, doch hat dies wohl seinen Grund darin, dass schon 24 Stunden nach dem Eintreten der Entzündung die Spaltung der Drüse vorgenommen wurde, während Möricke längere Zeit verstreichen liess, eher er zum operativen

Eingriff schritt. In zwei Fällen bildete sich die Geschwulst im Laufe einer Woche von selbst zurück.

Eine Mumpserkrankung, wie ich sie oben geschildert habe, muss von vorn herein bei Moericke's Patientinnen aus denselben Gründen wie bei der unserigen ausgeschlossen werden. Eine Ausnahme macht vielleicht der erste Fall; denn Moericke erwähnt, dass zu derselben Zeit, wo er ihn beobachtete einige von den in der Anstalt wohnenden Kindern an Mumps erkrankt waren und ebenso eine Wärterin. Jedoch ist es immerhin sonderbar, dass gerade die Operirte, die doch unter den peinlichsten Beobachtungen der Antisepsis isolirt war, von Parotitis befallen und keine der anderen Kranken, trotz der bei weitem günstigeren Gelegenheit dazu inficirt wurde. In den anderen 4 Fällen ist von diesem aetiologischen Moment keine Rede. Die Annahme, dass die Patientinnen, bevor sie zur Operation kamen, sich inficirt und im Incubationsstadium befunden hätten, würde jedenfalls sehr gezwungen klingen und ein sonderbarer Zufall gewesen sein. Die Frage, ob die Patientinnen schon einmal Mumps überstanden hätten, was ja Immunität gegen ein abermaliges Befallenwerden zur Folge gehabt haben würde, musste. wie Moericke schreibt, offen gelassen werden. Das Alter der Patientinnen spricht in 3 Fällen (48, 60 u. 65 Jahre) noch mehr gegen eine Mumpserkrankung wie bei unserer Patientin. Der Einwurf eine Patientin hätte die anderen inficirt, ist dadurch, dass dieselben zu ganz verschiedenen Zeiten behandelt wurden, ebenso hinfällig, wie die Annahme, ein in den Zimmern haftender Infectionsstoff wäre

die Veranlassung gewesen; denn die Patientinnen waren, abgesehen von der sorgfältigsten Desinfection der Zimmer in ganz verschiedenen durch Stockwerke getrennten Räumlichkeiten untergebracht.

Während Moericke und auch mit Recht die Erklärung einer metastatischen Parotitis von der Hand weist, erscheint mir doch sein 2. Fall einen derartigen Verdacht nicht ganz auszuschliessen. Das Krankheitsbild ist nämlich folgendes:

„In den ersten Tagen nach der Operation ziemliche Temperatursteigerung, im Laufe des 4. fällt das Fieber ab, 5. Tag vollkommen fieberfrei; am 6. Morgens kein Fieber, Abends stellt sich unter Temperatursteigerung Schwellung und Schmerzhaftigkeit der linken Parotis ein. Am 10. Tage wird der Verband gewechselt, Abdomen ganz flach und weich, Wunde per primam geheilt, Nähte entfernt. Am 11. Tage wird die deutlich fluktuirende Parotis incidirt, es entleert sich ziemlich viel Eiter, Fieber fällt ab, steigt aber nach nicht ganz 8 Tagen wieder an; innere Untersuchung ergiebt ein mässig starkes Exsudat um den Uterus. Es traten Decubitus und Durchfälle auf, Fieber dauert an. Patientin stirbt am 35. Tage nach der Operation. Section nicht gestattet.“

Mag man nun auch die beiden ersten Fälle von Moericke als nicht ganz rein ausschalten, so bleiben doch noch immer 3 Fälle und unser Fall übrig, bei denen die bisher angeführten Erklärungen für die Aetiologie einer Entzündung der Ohrspeicheldrüse von Ovariotomie nicht zutreffend sind. Dass ein Zusam-

menhang der Entzündung mit der Operation besteht, muss nach den angeführten Beobachtungen angenommen werden.

Doch wie ist dieser nun zu erklären? Moericke entscheidet sich für die Annahme einer sogenannten sympathischen Entzündung an der Hand zweier Fälle, von M. Peter[17]) und Meynet.[18]) Der Erstere theilt einen Fall von periodisch wiederkehrender Parotitis mit: „Bei einer 23jährigen Frau, die stets regelmässig menstruirt hatte, cessirten im Jahre 1848 ohne irgend welche Veranlassung die Menses. Von da ab traten zur Zeit der fehlenden Regel unter leichten Fiebererscheinungen öfters Schwellungen der linken Parotis und Thrombosirung des linken kleinen Labium auf, dabei hatte Patientin meist Kopfschmerzen, oft verlor sie stundenlang die Besinnung."

Hier handelt es sich um eine Thrombosirung der Labien, Fieber und Bewusstlosigkeit; es scheint daher eine secundäre (metastatische) Parotitis keineswegs ausgeschlossen.

Letzterer erzählt folgenden Fall: „Ein 16jähriges Mädchen, das noch nie menstruirt hatte, bekam unter Fiebererscheinungen eine doppelseitige, rechts mehr ausgeprochene Parotitis. Als dieselbe fast schon verschwunwar, traten plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib und zwar in der Gegend der Fossae iliacae, namentlich rechts, auf. Bei der inneren Untersuchung zeigte sich das rechte Ovarium sehr empfindlich und geschwollen. Die Empfindlichkeit und Schwellung nahmen allmählig wieder ab und waren fast ganz verschwunden, da intumescirten

unter Fiebererscheinungen wieder beide Parotiden, worauf sich die Schmerzen über die Fossae iliacae ebenfalls repetirten. Nach einiger Zeit verschwanden beide Symptome."

Auch dieser Fall ist nicht beweiskräftig, es kann hier sehr wohl Ovaritis vor Erkrankung der Parotis bestanden und letztern nur unter dem Einflusse des Fiebers exacerbirt sein.

Auch die Fälle von Habran[34]) und Mason God[16]) können nicht nach dieser Richtung hin verwerthet werden.

Dieser erwähnt eine chronische Form von Parotitis, die er an Frauen in vorgerückten Jahren beobachtete, deren Menstruation im Begriff war aufzuhören und welche von sehr verderblichen Zufällen begleitet sein können.

Hier ist ein Zusammenhang der chronischen Parotitis mit der Menstruation nach keiner Richtung hin erwiesen.

Jener beobachtete einen ähnlichen Fall: „Bei einer Frau erfolgte zu wiederholten Malen mit Eintritt der Menses eine Anschwellung beider Parotiden. So lange die Frau schwanger war, blieb die Anschwellung aus; sobald die Frucht ausgestossen war, zeigte sie sich wieder und zwar noch vor dem Wiedereintritt der Menstruation. Wenn es auch bisher schon bekannt war, dass sich zuweilen zu einer Anschwellung der Parotiden eine metastatische Schwellung der Ovarien oder der Brüste zugeselle, so sei doch dieses interessante Vorkommniss, die periodische Schwellung der Ohrspeicheldrüsen während der fliessenden Menses bisher nicht beobachtet."

Dieser Fall scheint mir erst recht nichts zu beweisen, da die Parotitis sowohl während als auch ausserhalb der Menstruation beobachtet wurde.

Dies sind sämmtliche Fälle, die in der Literatur aufzufinden waren. Wäre wirklich ein Zusammenhang im Moericke'schen Sinne vorhanden, so würden sich die Beobachtungen gemehrt haben, vor allem aber auch in der Deutschen Literatur beglaubigte Fälle verzeichnet sein. Es bleibt mithin nur die nackte Thatsache, dass nach Ovariotomien, Entzündungen der Speicheldrüsen auftreten, die nach dem bisherigen Schema nicht zu erklären sind; denn auch Moericke's Erklärung der sympathischen Entzündung ist nach den eben geschilderten, mehr als fraglichen Fällen, auf die er sich zum Theil bei seiner Anschauung stützt, von der Hand zu weisen.

Doch wie soll man sich diesen Zusammenhang denken? Ich bin der Ansicht, dass die Entzündung durch die Einwanderung von Entzündungserregern von der Mundhöhle aus durch die Ausführungsgänge der Speicheldrüsen erfolgt. Einwanderung durch die Ausführungsgänge würde aber nur dann möglich sein, wenn die Sekretion des Speichels und der Abfluss derselben für die Dauer der Einwanderung unterbrochen wäre. Würde eine ununterbrochene Durchfluthung des Ganges mit Speichel stattfinden, so würden die Entzündungserreger in die Mundhöhle zurückgeschwemmt werden, oder doch die Einwanderung zum mindesten sehr erschwert sein.

Können wir aber eine solche Unterbrechung des Speichels annehmen? Diese Frage muss bejaht werden und zwar auf Grund von Thierexperimenten, die seit dem Jahre 1883 vorliegen, bis jetzt aber noch nicht verwerthet sind.

Nach Pawlow[27]) bewirkt nämlich die Eröffnung der Leibeshöhle und das Herausziehen einer Darmschlinge in der Mehrzahl der angestellten Versuche an Thieren eine Verminderung, resp. Stockung der konstanten Speichelabsonderung und eine Herabsetzung oder vollständige Hemmung der reflectorischen Lingualiswirkung auf den Speichel. Diese Erfolge werden entweder durch Zuschluss der Leibeshöhle aufgehoben; oder sie dauern auch nach derselben fort mit der nämlichen oder verringerten Intensität. Die Hemmung wird weder durch ein Sinken des Blutdruckes (die Leibesöffnung bewirkt vielmehr ein Steigen des letzteren) noch durch eine Gefässverengerung in der Drüse bewirkt; die Ursache derselben muss daher in einer reflektorischen Einwirkung infolge der Reizung der Baucheingeweide bei Eröffnung der Leibeshöhle gesucht werden.

Betrachten wir nun auf Grund dieser physiologisch erwiesenen Thatsache unsere Fälle, so sind doch ohne Frage dieselben Verhältnisse geschaffen, die bei Thieren eine Verminderung, resp. Stockung der constanten Speichelabsonderung bewirken. Deshalb ist es auch leicht begreiflich, dass nur nach Ovariotomie Parotitis beobachtet worden ist und nicht nach anderen gynaecologischen Operationen, die nicht mit einer Eröffnung der Leibeshöhle verbunden sind, als hohe und tiefe Amputationen des Cervix, Exstirpation des Uterus von der Scheide aus; Prolapsoperationen etc. Nur die Myomotomie bietet der Ovariotomie analoge Verhältnisse. Da sich in neuester Zeit diese Operationen sehr mehren, so bleibt abzuwarten,

ob sich nicht auch nach dieser Operation Entzündungen der Parotis zeigen.

Für das Auftreten dieser Complication nach Ovariotomie sprechen auch die hierfür äusserst günstigen Verhältnisse nach der Operation, die sich nach keiner anderen gynäcologischen Operation in gleicher Weise finden.

In erster Reihe sind die Verhältnisse der Mundhöhle hervorzuheben. Bekanntlich werden in den ersten Tagen nach der Operation weder feste noch flüssige Nahrungsmittel gereicht. Die Mundhöhlenflüssigkeit befindet sich daher in einem nur durch zeitweiliges Erbrechen gestörten Zustand der Ruhe, die noch durch Sistirung des Speichelflusses vermehrt wird. Gerade hierdurch dürfte aber ein besonders günstiger Umstand für die Entwickelung der Entzündungserreger in der Mundhöhle geschaffen sein.

Auch das Ergriffensein sämmtlicher Speicheldrüsen erklärt sich auf diese Weise leicht und ungezwungen; in unserem Falle waren alle Speicheldrüsen einer Seite ergriffen; die andere Seite war jedoch auch, wenn auch in geringerem Maasse schmerzhaft, ein Zeichen, dass auch sie nicht ganz verschont geblieben war.

Dass die Parotitis für eine sehr ernste Complication nach Ovariotomie zu erklären ist liegt auf der Hand. Denn bei der grossen Tendenz, die sie nach Moericke's Fällen zur Abscedirung hat, ist sie im Stande, wie sein 3. Fall zeigt, ein schwaches wenig wiederstandsfähiges Leben zu zerstören. (Wenn der lethale Ausgang im 2. Falle auch nicht lediglich auf die complicirende Parotitis zurückgeführt werden kann, so ist dieselbe doch wohl

nicht ohne jede Bedeutung für die im hohen Grade heruntergekommene Patientin gewesen).

Auch in unserem Falle muss die Complication als eine sehr schwere bezeichnet werden; es ist wohl lediglich dem energischen, rechtzeitigen, operativen Eingriffe zu verdanken, dass die complicirende Parotitis ohne weitere Nachtheile für die Patientin blieb.

Nach meiner Ansicht über die Aetiologie der Parotitis nach Ovariotomie möchte es dringend angerathen erscheinen, prophylaktisch dadurch gegen dieselbe aufzutreten, dass man durch fleissiges Ausspülen des Mundes mit Desinficienten die Entzündungserreger von der Mundhöhle fern hält und damit einer Stomatitis vorbeugt. Ist jedoch trotz dieser Prophylaxe eine Entzündung der Ohrspeicheldrüse nach Ovariotomie im Entstehen, so ist jedenfalls eine möglichst frühzeitige Incision indicirt.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. von Preuschen für die Anregung und Unterstützung beim Anfertigen meiner Arbeit den wärmsten Dank abzustatten.

Literatur.

1. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaecologie, Band V. S. 348 u. folg.
2. Fritsch, Centralblatt für Gynaecologie. 1884, S. 748.
3. Chirurgische Klinik, Zürich 1860—1867, S. 337.
4. Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynaecologie, Bd. V, 1880, S. 383 u. folg.
5. Graefe und Walthers, Journal B. 21.
6. Schönlein, allgem. und specielle Pathologie, B. 1, S. 400.
7. Gerhardt, Handbuch der Kinderkrankheiten, B. II, S. 673.
8. Canstatt, Pathologie, B. IV, S. 297.
9. Desgl. B. III, S. 301.
10. Virchow, Archiv B. VI, S. 61.
11. v. Bruns, chir. Krankh. der Kau- und Geschmacksorgane, S. 1053 und folgende.
12. Pitha-Billroth, Archiv B. III, Abth. II, S. 240 u. folg.
13. Langenbeck, Archiv B. XX, 3, S. 601 u. folg.
14. Gerhard, Handbuch der Kinderkrankh., B. II, S. 650.
15. v. Ziemssen, Deutsch. Archiv für klinische Med., Bd. XII, S. 51.
16. Canstatt, Pathologie, B. IV, S. 206.
17. Gaz des hôpit. 1868, No. 37.
18. Gaz hebdom. 2 Sér. III, 31, 1866, S. 489.
19. L'abeille méd. 1882, No. 38.
20. Amér. journal of obstetr. 1885, p. 25.
21. Brit. med. Journal 1882, Nr. 1139. (Friedländer, Fortschritte der Medicin, 1883, S. 140).
22. Virchow und Hirsch, Jahresbericht über die Leist. und Fortschr. der ges. Med., XV., Th. II, S. 550.
23. Charité-Annalen 1884, S. 358.
24. Virchow und Hirsch, Jahresbericht über die Leist. und Fortschr. der ges. Med., XVIII, Th. II, S. 194.
25. v. Ziemssen, Handb. der spec. Pathol. u. Ther., B. VII, S. 93 u Th, I.. f.

26. Virchow und Hirsch, Jahresbericht über die Leist. und Fortschr. der ges. Med., B. XV, Th., S. 395.
27. Archiv für die gesammte Physiologie, B. XVI, S. 272.
28. Fehlung oder Fritsch, Centralblatt f. Gynaecologie, IV, Jahrgang 1880, S. 236.
29. Daselbst S. 389.
30. Daselbst S. 344.
31. Daselbst, VI. Jahrgang, 1882, S. 79.
32. Daselbst S. 463.
33. Daselbst S. 206.
34. Union médicale du Nord-Est, 1880.

Lebenslauf.

Hermann Schroeder, Sohn des verstorbenen Kgl. Domainenpächters Ludwig Schroeder und seiner Ehefrau Johanna geb. Holdorff, evang. Confession, wurde am 22. Dezember 1859 zu Buchholz, Kreis Arnswalde, Provinz Brandenburg, geboren und erhielt seinen ersten Unterricht im elterlichen Hause. Von Michaelis 1870 bis Michaelis 1881 besuchte er das Gymnasium zu Stolp in Pomm., vertauschte diese Schule mit dem Gymnasium zu Colberg und bestand dort zu Michaelis 1881 die Reifeprüfung.

Darauf bezog er die Universität Berlin behufs Studium der Medicin, wo er am 2. November 1881 von dem damaligen Rector, Herrn Professor Curtius immatriculirt wurde. Nach zwei Semestern ging er von dort nach Greifswald zur Vollendung seines Studiums, wo er am 7. December 1883 die ärztliche Vorprüfung absolvirte und im Juli des folgenden Jahres die auferlegte Nachprüfung in der Physik bestand. Am 8. October 1885 bestand er das Examen rigorosum. Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Curse, und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

In Berlin:

Reichert, Hartmann, Hofmann, Mendel.

In Greifswald:

J. Budge, A. Budge, Sommer, Gerstaecker, Münter, v. Feilitzsch, Limpricht, Landois, Grohé, Krabler, Löbker, Mosler, Pernice, Vogt, von Preuschen, Rinne, Schirmer, Schondorff, Schulz, Strübing, Peiper.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern sagt der Verfasser seinen aufrichtigsten Dank; ganz besonders dem Herrn Geh. Med.-Rath Professor Dr. Mosler, in dessen Klinik er das Glück hatte, einen Monat als Volontair zu fungiren. Leider ist es ihm nicht mehr vergönnt, den gleichen Dank auch Herrn Prof. Dr. Vogt aussprechen zu können, da derselbe allzufrüh seiner segensreichen Thätigkeit durch den Tod entrissen worden ist.

Thesen.

I.

Die Schwangerschaft ist keine Contraindication zur Ovariotomie.

II.

Die Exstirpation ist das einzig richtige therapeutiche Verfahren bei Atheromcysten des Halses.

III.

Die Noxen, welche Entzündung der Speicheldrüsen nach Ovariotomie hervorrufen, stammen aus der Mundhöhle.

IV.

Während und nach der Ovariotomie findet eine Sistirung der Speichelabsonderung statt; hierdurch wird die Einwanderung der Entzündungserreger in die Speicheldrüsen begünstigt.